TRANSFERRED TO
HARVARD MEDICAL LIBRARY
HARVARD COLLEGE
NOV 13 1933
LIBRARY

Med Sch.

The Publishers

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS
DEL HOSPITAL GENERAL

Director

Dr. Luis Méndez

(Director del Hospital General)

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
22 NOV 1933

A

CUERPO DE REDACCION

DOCTORES:

JEFES DE SERVICIO

Gregorio Salas.
Rodolfo Gayol.
Germán Troconis A.
Fernando Quiroz.
Aquilino Villanueva.
Gustavo Argil.
Alfonso Ortiz Tirado.
Eduardo Vignon.
Manuel Ortiz.
Amador G. Ugaled.
Salvador González H.
Emilio Longoria.
Juan N. Vasavilbaso.
Manuel J. Castillejos.
Darío Fernández.
Mariano Vázquez.
Arturo de los Ríos.
Juan Mora.
Abraham Ayala González.
Leonides Guadarrama.
Ignacio Chávez.
Juan Luis Torroella.
Juan N. Andrade.
Pablo Mendizábal.
Rosendo Amor E.
Alfonso Sousa y Abarca.
Ismael Cosío Villegas.
Alejandro Verges.
Cayetano Andrade.
Gonzalo Cosío.
Humberto Camacho.
Antonio Gómez.
Julián González Méndez.
Abelardo Monges López.
Luis G. Campos.
Mariano G. Somonte.
Ignacio González Guzmán.
Ricardo Rojina.
Manuel Martínez Báez.
Enrique Villela.
Ernesto Ulrich.

INTERNOS

Eliseo Ortiz.
Francisco Fonseca.
Javier Longoria.
Manuel Pesqueira.
Manuel Lezama.
Benito Flores.
Darío de Hoyos.
Joaquín Correa.
José García Noriega.
Pablo Larroeta.
Salvador Alvarado.
Angel Fuertes.
Armando Bustos.
Genaro Zenteno.
Octavio Bandala.

ADJUNTOS

José María González Guzmán.
Roberto Alfaro.
Juan Díaz Pérez.
Joaquín Castillejos.
Carlos M. Torres.
Lázaro Pavía.
Arturo Lara Rivas.
Angel G. de Quevedo.
Roberto Gamboa.
Mario Fuentes.
Alfonso Guadalajara.
Abel Ramiro Moreno.
Ignacio Vertti.
Julián Guinea.
Rubén Ricalde y G.
Fernando Medina.
Luciano Huerta.
Rodolfo Ayala.
Manuel Castañeda.
Alejandro Guevara.
Eduardo Rivas.
Manuel A. Manzanilla.
Mario Quiñones.
J. Trinidad Cano.
Carlos Coqui.
Manuel Vaquero.
Salvador Aceves.
Lino Vergara.
Magín Puig.
Luis Vaquero.
Alfonso Vergara.
Ricardo Kirchner.
César Graham.
Wistano García R.
Clemente Carrillo y Cárdenas
José A. Guevara.
Enrique de Noriega.
Ramón Flores.
Juan Farril.
Rigoberto Aguilar.
Ricardo Tapia.
Carlos Véjar L.
Angel G. de Quevedo.
Alejandro Betancourt.
Alberto Guevara Rojas.

Julio de 1933

Año VII

No. 47

FARMAMEX

PRODUCTOS FARMACEUTICOS, S. A.

Luis Moya Núm. 24 Apartado 1257

MEXICO, D. F.

MAX ABBAT,

MUY ATENTAMENTE RECOMIENDA A LOS MIEMBROS DEL H. CUERPO MEDICO MEXICANO LOS SIGUIENTES PRODUCTOS

Panglandina Couturieux

Comprimidos

La fórmula pluriglandular más completa y mejor dosada.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

D. S. P. 4866

Lantol Couturieux

Ampolletas

En las infecciones graves el Lantol Couturieux hace bajar la temperatura. Provoca una hiperleucocitosis general intensa.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 2245 D. S. P.

Bismuthoidol Robin amp.

Bismuto coloidal en solución acuosa, completamente indoloro, no se acumula en el organismo, no provoca choque hemoclásico.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 10431. D. S. P.

Immunizols remy

Ampolletas

Inyectable y Caldo Vacuna.

Sedol Buisson

Ampolletas

Sedante del dolor... y ninguna de sus pobres imitaciones.

Este producto está sujeto para su venta a las disposiciones legales que rigen sobre productos enervantes y sôlo podrâ usarse por prescripciôn y bajo la vigilancie médica. No. 6497 D. S. P.

Hemotonine Buisson

Ampolletas

Complejo de hierro y estricnina en combinación con el arsénico y los fósforos orgánicos.

Iodone Robín

Gotas. No. 2828 D. S. P.

Amp. { 0.02: No. 4149 D. S. P.
0.04: No. 2897 D. S. P

combinación de albuminoidea de yodo, preparado con peptona de carne de origen tripsico.

Usese por prescripción médica.

Immuniderm Gremy

Pomada de antivirus y bacteriófago.

No. 6280 D. S. P.

Agente MAX ABBAT

Lucerna No. 47 MEXICO, D. F.

PARA LA DISENTERIA AMIBIANA

y otras enfermedades intestinales infecciosas

YATREN 105 M. R.

el medicamento específico de reconocida acción segura.

Envases originales: Tubos de 10 y frascos de 25, 50 y 100 píldoras. Frascos de 10 y 25 g

Además en combinación con Yatrén 105 o sólo

RIVANOLETAS M. R.

especialmente en las formas agudas, de acción calmante y anestésica sobre el intestino.

Envases originales: Frascos de 30 cápsulas de 0,025 g para adultos y cajitas de 30 cápsulas de 0,008 g para niños.

BAYER M R

Rgdo. No 11263, 7317, 5497, 11405 y 11738 D. S. P.
Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

LA QUIMICA INDUSTRIAL **Bayer-Meister Lucius**

WESKOTT & CIA.

San Juan de Letrán 24 **Apdo. 45 bis.**

MEXICO, D. F.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

Registrada como artículo de segunda clase, con fecha 23 de diciembre de 1930.

DIRECTORIO

DR. LUIS MENDEZ.

(Director del Hospital General.)

DIRECTOR.

M. LEON DIAZ.

Administrador.

APARTADO 85.

Eric. 9-13-99. Mex. L-02-92.

Hospital General.

MEXICO, D. F.

PRECIOS DE SUBSCRIPCIONES:

Para el interior de la República, Estados Unidos, Islas Felipinas, Cuba, Canadá, España y América en general:

Por un año..... $ 10.00

Para los demás países de la Unión Postal Universal:

Por un año..... $ 20.00
Números sueltos..... 1.00
Números atrasados..... 1.50

Nuestros precios para el extranjero son en dólares o su equivalente en Moneda Nacional.

Se acepta colaboración, pero en ningún caso se devolverán originales. Toda correspondencia relacionada con la Redacción de este periódico, debe dirigirse al Director.

Para cambio o suspensión de anuncio, o de subscripciones, debe darse aviso por escrito a la Administración.

Correspondencia sobre anuncios y subscripciones diríjase al Administrador.

SUMARIO:

Pág.

Un caso de Abceso Pulmonar Por el Dr. Salvador García Téllez 1643

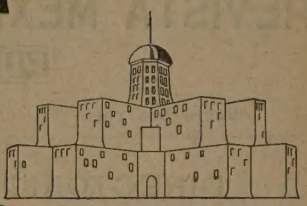
Curación de una Adherencia de Pleura por la Radioterapia.—Por el Dr. Mariano G. Somonte 1651

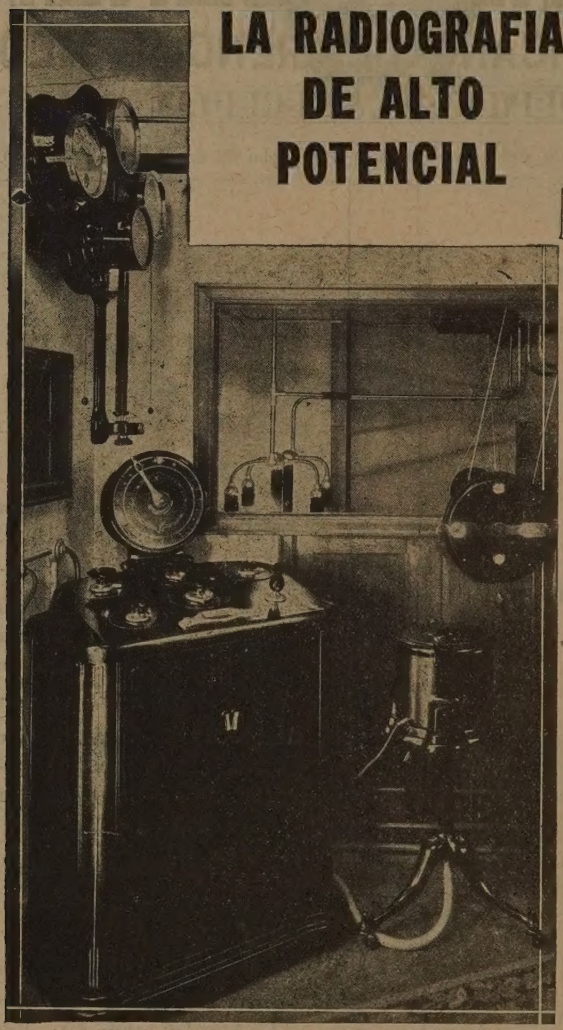
El Chasquido de la Apertura Mitral. Su valor Clínico.—Por el Dr. Salvador García Téllez 1655

La Odontología en Relación con la Higiene.—Por el Dr. Angel Zimbrón Jr..... 1659

Operaciones Toracoplásticas. por el Dr. George Straub.—Traducción del Dr. Fernando Rueda Magro 1667

LA RADIOGRAFIA DE ALTO POTENCIAL





LA MESA DE COMANDO DEL KX-1 Y EL INTERRUPTOR DE IMPULSION INSTALADOS EN LA CASETA DE REGULACION

LOS radiólogos pueden ahora hacer frente a la insistente demanda por radiografías de alto potencial de aquellos órganos como el corazón, pulmones, y el tracto gastro-intestinal, utilizando los Equipos Kenotrón Victor para Rayos X, pues una gran reducción en el tiempo de exposición (hasta de 1/100 de segundo), que elimina el efecto de la motilidad de los órganos, proporciona mayor detalle radiográfico y mejores resultados diagnósticos.

Existen cuatro modelos Victor, el KX-1, KX-2, KX-5 y el KXC-5 (el KX-5 equipado con condensadores) de entre los cuales se puede seleccionar aquel cuya capacidad mejor se adapte a las necesidades individuales. Cada uno de estos equipos es de rectificación de onda plena y ofrece un servicio combinado de diagnóstico y terapia de acuerdo con las capacidades siguientes:

PARA DIAGNOSTICO—

KX-1	1000 Ma.	con	85 Kv. Máx.
KX-2	500 Ma.	con	87 Kv. Máx.
KX-5	350 Ma.	con	85 Kv. Máx.
KXC-5	100 Ma. Seg.	con	100 Kv. Máx.

PARA FLUOROSCOPIA Y TERAPIA—

KX-1	10 Ma.	con	125 Kv. Máx.
KX-2	10 Ma.	con	140 Kv. Máx.
KX-5	10 Ma.	con	135 Kv. Máx.

Los mismos principios de diseño y las notables características de simplicidad y adaptabilidad de regulación del Equipo KX-1 aquí ilustrado, se han incorporado al KX-5 y KXC-5.

Aquellas instituciones progresistas que deseen mantener el paso con las nuevas técnicas aceptadas, para las cuales son esenciales estos equipos de alto potencial, encontrarán que uno de estos aparatos es ideal para sus necesidades. Sírvase pedir información detallada.

No deje de concurrir al Congreso Americano de Radiología en Chicago.
Septiembre 25 al 30, 1933.

GENERAL ELECTRIC
SOCIEDAD ANONIMA
Distribuidores Exclusivos para la República Mexicana
Gante y 16 de Septiembre—México, D. F.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
2012 Jackson Boulevard Chicago, Ill., E. U. de A.

ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION

Un Caso de Abceso Pulmonar

Por el Dr. Salvador García Téllez

TODO médico ha pasado al ejercer su profesión inquietudes por no poder descifrar el origen de los padecimientos que trata de curar; uno de los síntomas que a veces es difícil encontrar su origen es la hipertemia.

He visto confundir a la Fiebre Tifoidea; con la Gripa, Gastroenteritis, Otitis supurada no canalizada, Abcesos Prostáticos, Perianales, con Meningitis Cerebro-Espinal epidémica, y aún con la tifobacilocis de Landouzy .

Al paludismo; con los abcesos del Douglas, con las infecciones de las vías biliares y hasta con las endocarditis agudas sépticas antes de su fase embolígena.

Las endocarditis crónicas evolutivas reumáticas; con la Tuberculosis pulmonar. Y así podría seguir enumerando diferentes padecimientos que tienen por síntoma principal la Hipertemia y que es fácil su confusión clínica.

El caso que presento tiene de interés exponer las dificultades que tuve para saber el origen de un síndrome febril, (variedad remitente con exacerbación vesperal, a 39 grados y un ligero calosfrío antes del ascenso) único cuadro clínico tanto subjetivo como objetivo cuando ví a este paciente.

Trátase de un español originario de Mayorca, (España) al principio se radicó en Tabasco y últimamente en México, comerciante, como de 45 años, sin costumbres alcohólicas y sin antecedentes luéticos. A la edad de 8 años padeció Enterocolitis hemorrágica, Neumonía hace tres y Hematuria por Arenillas renal hace dos, lo que dejó quince días después Pielonefritis que duró quince días.

El 6 de diciembre de 1932, principió con calosfrío y fiebre de 38 grados; por estar yo en Morelia, llamó a otro Médico que le diagnostieó Gripa, a los dos días se fué a Cuernavaca sin que la Fiebre se le quitara, en donde otro Médico sospechó Paludismo, por lo que le puso Quinina; por persistir la Fiebre, a los cuatro días fue llamado otro médico, quien le indicó que para él la Fiebre dependía de Gripa, por lo que le recetó inyecciones Prana; pero como a los ocho días todavía persistía la Fiebre se vino a México que fué cuando principié a tratarlo. Le encontré dos zonas muy circunscritas en la cara lateral y base del pulmón derecho, de estertores subcrepitantes ostensibles a las inspiraciones forzadas, y el cuadro febril en la misma forma antes indicada, por lo que pensé en Congestión Alveolar de la base derecha de origen gripal; le receté expectorantes, Antisépticos respiratorios y sin embargo como a los 7 días, el cuadro febrir permanecía igual, pero el foco pulmonar ya no existía, ni signos locales que hicieran sospechar una evolución defectuosa de ese proceso inflamatorio Pulmonar.

Por estar la lengua saburral y existir un poco de moco en la evacuación creí que dieta, purgante, desinfectantes intestinales, y septisemia por vía endovenosa haría desaparecer su cuadro séptico, el cual estaba en la misma forma a los 5 ó 6 días después de esta prescripción.

Como después de explorar detenidamente a este paciente no encontré síndrome ninguno ni signos topográficos que explicaran esta Infección, recordé que el riñón de él era un sitio de menor resistencia por su arenilla Renal crónica, y por lo tanto, lo podría predisponer a una Pielonefritis, aunque su orina era clara y abundante.

Se practicó el Análisis de orina y examen Basterioscópico del sedimiento urinario, con el resultado siguiente:

1600 c. c. en 24 horas —ácida— 1007 de densidad; 5 0|00 de urea, huellas de albúmina; —mucina —pigmentos biliares —urobilina aumentada—así como el indoxilio urinario y piocitos— no había cilindros ni glóbulos rojos.

En el sedimento urinario se encontraron numerosos estafilococos, colibacilos, y escasos difteroides; no se encontraron bacilos ácido-resistentes.

Como se ve la sospecha de Pielonefritis aparentemente estaba justificada y sin embargo su evolución al tratamiento adecuado: Vacuna, Cilotropina, Dieta, y abundando líquidos con uroformina fueron sin resultado favorable.

Procedí de nuevo a un examen minucioso y metódico, buscando un foco séptico de cavidad cerrada, desde oído, senos faciales, alveolos dentaros, pleura, pulmón, hígado, ano, próstata, etc. sin encontrar síndrome clínico que orientara o signos físicos que lo justificara.

Se le practicó una fórmula leucositaria para que apoyara la existencia de un foco séptico y el examen del Hematozoario en la sangre (aunque clínicamente no había en qué fundar una sopecha de paludismo). El resultado fué el siguiente: Mielositos %. Metamielositos jóvenes 1|o., — Metamiolositos en banda 10%. — Polinucleares neutrófilos 82|o. — Eosilofilos 10|0. — Basófilos 0|0. — Monocitos 3%. — Linfositos 30|0. — Total de neutrófilos 93%.

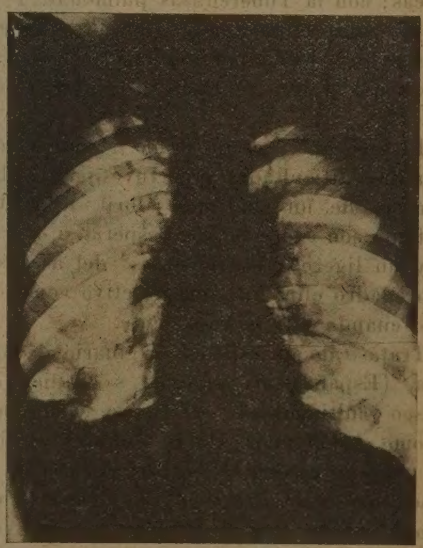
No se encontró Hematozoario de Laberán ni leucocitos melaníferos.

Todo esto isdicaba de una manera inequívoca la existencia de un foco séptico que no podía encontrar. Recordé que con frecuencia enfermos sometidos a un examen clínico detenido del aparato respiratorio no se encuentran signos que autoricen a una conclusión determinada y sin embargo los Rayos X demuestran cavernas o abcesos intralobulares; como clínicamente en este enfermo no encontraba en ninguna parte el sitio de su infección, procedí a hacerle una radioscopía torácica, aunque el enfermo no acusaba signos subjetivos respiratorios y la exploración física detenida de su aparato respiratorio aún teniendo en cuenta el trayecto y la topografía de las scisuras interlobares resultaba nulo.

Desde luego observé en la región externa de la base pulmonar derecha y separada de la pared costal, una imagen ovalada, que circunscribía una pérdida de substancia del parenquima pulmonar, con un nivel líquido que no se modificaba con los cambios de posición, independiente de la pleura costal y diafragmática; todo esto se pudo precisar por la ortodiascopía y estudios laterales.

Hasta entonces me dí cuenta del por qué del fracaso clínico:

Proceso séptico pulmonar separado de la pared costal, sin reacción pleural y por lo tanto sin dolor ni disnea; de contornos perfectamente circunscritos sin canalización bronquial que como se sabe es lo que regula sintomatología y evolución de estos procesos, por lo que no había tos, expectoración, ni se había presentado la vómica reveladora de una colección purulenta bronco-pulmonar; de sitio no periférico y por lo tanto aplicable la ley



Enero 16 de 1933.

de auscultación de profundidad máxima, pues habiendo pared pulmonar normal entre el tórax y lesión, había silencio clínico a la exploración física; foco séptico en cavidad cerrada, lo que explicaba la persistencia de la fiebre.

La radiografía adjunta fué tomada el 16 de enero de 1933 por el doctor Alejandro Berges con la interpretación siguiente:

A la radioscopía se observa en la región externa de la base pulmonar derecha y separada de la pared costal, una imagen ovalar delimitando una pérdida de substancia del tejido pulmonar con tejido líquido; se trata de una imagen hidro-aérea localizada en plena parenquima pulmonar de la base derecha con independencia de la pleura costal y diafragmática.

Estaba solucionado el problema de la existencia de un foco séptico y de localización pulmonar.

Si por absceso pulmonar se entiende una supuración circunscrita del pulmón a expensas del mismo; o una cavidad producida por esfasela circunscrita de una porción del parenquima pulmonar, estábamos frente a un absceso del pulmón. ¿Este es primitivo o secundario a una dilatación bronquica, simple, pútrido, una caverna tuberculosa, un quiste hidatídico, un proceso neoplásico, micósico, o un infarto supurado?

La caverna tuberculosa necesitaba tener una anammesis que lo justificara, la existencia de otros focos, y además baciloscopía positiva; el quiste hidatídico se más redondo como hecho a compás y de opasidad uniforme; la neoplasia y la micosis pulmonar no dan cavidad ovalar hidro-aérea, aunque algunos autores no admiten esto de una manera definitiva; el infarto supurado necesitaba un centro embolígeno que no existe; lo pútrido y gangrenoso se desecha por no existir fetidez del aliento y porque los contornos del absceso no son muy difusos; luego se trataba hasta el momento de un absceso pulmonar simple.

¿Cuál su causa? ¿Cuál su mecanismo de producción? ¿Cuál su evolución? ¿Qué tratamiento instituir?

Es útil recordar las vías por las que el pulmón puede infectarse: Directa. Aérea ò Brónquica. Sanguínea ó Embólica. Linfática. Y por contiguidad de una supuración de vecindad.

Este enfermo no sufrió traumatismo torácico ni herida penetrante del tórax; no ha deglutido partículas sépticas como en las amigdaletomías o aspirado gases tóxicos; pero sí ha sufrido un proceso infeccioso de brotes pequeños broncoalvelares de origen gripal, punto de partida de un foco séptico; no tiene ningún proceso séptico flebítico, endocárdico derecho, de donde parte embolia y su sitio sería cortical con forma triangular de base supleural; para origen linfático no hay punto de partida; tampoco existe absceso en órganos de vecindad: h'gado, columna vertebral, pleura, bazo, subfrénico, perirenal, etc., como causas de vecindad.

Luego tenemos que admitir su causa aerobrónquica de origen séptico. (gripa)

Bezancon y Marcel Labe distinguen tres variedades de absceso que desde el punto de vista etio-patogénico y clínico es útil recordar.

Los abcesos **Metastáticos secundarios** a una infección purulenta de cualquier parte del organismo.

Los **Bronco-neumónicos** superficiales ó profundos consecutivos a focos Bronco-neumónicos y de su mismo origen.

Los **Post-neumónicos** secundarios a una Neumonía.

En el caso particular no existía anteriormente ningún foco séptico en su organismo, ni Neumonía anterior, y sí la posibilidad de pequeños focos de Bronco-Neumonía Gripal muy discretos.

Luego había que admitir ésto último como origen.

Dí expectorantes para intentar canalizarlo, saber si era proceso pútrido o no, mandar hacer examen bacterioscópico, tanto para demostrar a sus familiares y al mismo enfermo que su origen no era tuberculoso y a la vez para que se practicaran auto-vacunas.

El resultado del examen bacterioscópico fué el siguiente:

No se encontraron bacilos ácidos resistentes, ni aún después de la homogeinización. Se encontró neumococo, micrococos catarrales,

bacilos difteroides, algunas células bronquicas y numerosos piocitos.

También se mandó hacer examen bacterioscópico de las materias fecales, sin encontrar huevecillos de helmintos, ni quistes amibianos, ni de otros protosuarios, ni formas adultas de éstos.

La emetina no dió resultado, favorable, esto clínicamente hacía desechar desgraciadamente el origen amibiano del abceso, pulmonar, recordar que frente a todo abceso pulmonar hay que pensar en primer término en origen amibiano.

No procedí al lipio diagnóstico por estar bastante claro el proceso y por recordar las ideas de Roaul Kurilsky en su trabajo titulado "La Inyección del Lipiodol en los Abcesos del Pulmón," publicado en los Archivos Médicos Quirúrgicos del aparato respiratorio en su número especial: Diagnóstico radiológico de las enfermedades del aparato respiratorio, tomo sexto número 2, en el que indica la poca utilidad del lipiodiagnóstitco, porque no penetra en la zona del abceso, aún a pesar de la pesantez de él, es necesario la aspiración torácica, y en el lóbulo del abceso hay inhibición respiratoria, éste no se dilata con los movimientos respiratorios, y por lo tanto el lipiodol no puede franquear la brecha pequeña y tortuosa del bronquio, menos aún en el caso particular por no tener bronquio canalizador, e indica que cuando el liopiodol entra en un abceso pútrido, hay que pensar en una bronco-ectasia antigua, secundariamente abcedada.

¿Qué tratamiento seguir:

Kurilesky P. Harvier admiten curación espontánea en los tres quintos de los casos.

Kurilsky en su opúsculo "El Tratamiento de los Abcesos Pulmonares de 1933", dice: El tratamiento debe ser a base de autovacunas, emetina, drenaje de actitud, aspiración broncoscópica y neumotórax artificial en los casos de abceso centrales.

No sometí al enfermo inmediatamente a la autovacuna, porque no había logrado vaciar el abceso, y porque las vacunas con fin curativo dejan casi siempre en la conciencia del Médico una duda de si en realidad fueron útiles o no, y además porque para que el organismo forme sus anticuerpos específicos por medio de la vacuna, se necesita un intervalo de 15 días a un mes.

Lo he sometido a inyecciones de emetina, porque este tratamiento sirve de piedra de toque a la evolución de los abcesos pulmonares, cuando su origen es amibiano con resultado curativo, y además porque regula la circulación pulmonar, evitando las hemoptisis. Desgraciademente en el caso particular con resultado nulo.

Se le han puesto inyecciones de Neosalvarsán por ser un antiespirilar, para evitar que el abceso se gangrene, es decir, se vuelva pútrido, ya que su aliento hasta la fecha no es fétido.

Para el drenaje de actitud se le han hecho tomar posiciones diversas: Genupectoral, Tredelemburg, Laterales, etc., con resultados infructuosos, aunque hoy me indica el enfermo que puesto en posición de decúbito dorsal durante 15 ó 20 minutos y cambiándose bruscamente al lado derecho, expectora un poco.

Se le ha suministrado hiposulfito de sodio y tintura de ajo como antisépticos pulmonares.

No he recurrido a la inspiración broncoscópica, por no tener este enfermo bronquio canalizador y por carecer de los útiles y experiencia necesaria.

Tampoco he intentado el neumo-tórax artificial, por temor a producir una complicación séptima pleural.

La punción evacuadora debe proscribirse por peligro a infectar zonas pulmonares y pleurales hasta entoces sépticas.

No le he puesto el suero antigangrenoso recomendado por muchos Doctores, porque no ha habido indicio de gangrena, y por evitar mayor trabajo al riñón.

Tampoco le he puesto las inyecciones intravenosas de alcohol preconizadas por Landau y Pejgui en soluciNn al 33 ó al 20% de alcohol de 90° en agua destilada por series de 10 a 12 días en inyecciones de 20 a 60 c.c. como estos autores lo recomiendan, asociando inyecciones de 5 a 10 unidades de insulina para proteger al hígado. Kurilsky declara no tener experiencia y en los casos en que ha usado estas inyecciones de alcohol, ha obtenido esclerosis de las venas.

Maurice, Hamburger y Guerin escriben un artículo en la Prensa Médica de marzo 8 de 1933, sobre el tratamiento de las septicemias por las inyecciones intravenosas de alcohol, e indican que han obtenido muy buenos resultados con estas inyecciones en los abcesos pulmonares, en las septicemias graves, cualquiera que sea el germen aislado por el emocultivo, siempre y cuando se inicie este tratamiento antes de la aparición de los desfallecimientos orgánicos o insuficiencia cardíaca. Le admiten poder bactericida, exaltador de los medios de defensa por aparición de anticuerpos en el suero, afinidad por los tejidos, principalmente pulmón, nervioso e hígado, y acción linfagoga con aumento de ésta.

Indican que los enfermos se quejan de ligero dolor local y que la trombosis venosa es excepcional.

Como es imposible que en un enfermo agote uno todas las terapéuticas descritas y como carezco de experiencia sobre el particular, en una comunicación posterior indicaré mis observaciones sobre la acción de las inyecciones intravenosas de alcohol en los padecimientos pulmonares sépticos y principalmente en la tuberculosis pulmonar.

No hay que olvidar que no debe abandonarse el tratamiento médico antes de dos meses, dado que el absceso se gangrene.

En el caso de que fracase el tratamiento médico, ¿cuáles son los medios quirúrgicos que se pueden intentar?

La Frenisetomía, los desplegamientos pluro-parietales con el neumático de Charpentier de Rives, utilizado por Sergente y Baudgarten, la apicolisis, las toracoplastías electivas, el drenaje por la Pneumotomía con o sin exéresis de la pared de la bolsa, la lobectomía urgente, la cuneo-neumotomía de Jopuelek y el método del plomo parafinado de Sauer-Bruch.

Antes de recurrir a cualquiera intervención quirúrgica, hay que localizar el absceso, lo que no es tan sencillo como parece.

¿Cómo lograrlo?

1o.—Por un examen clínico detenido, cuando el absceso está cerca de la pared.

2o.—Por la radiografía de frente, de perfil, y la telestereoradiografía.

3o.—El método del ortodiagrama que evita la acción divergente de los Rayos X, proyecta exactamente sitio, forma y dimensiones del absceso en la caja toráxica, (hace geografía toráxica), indicando sus límites y sus relaciones de una manera precisa.

La localización de un cuerpo extraño pulmonar por los Rayos X se puede dividir en dos partes: (según Sauerbruch).

1o.—De orientación general y

2o.—De localización exacta.

a).—Si se mueve el tubo de un plano frontal;
y el cuerpo se desaloja poco, su topografía será anterior.
Si se desaloja demasiado será posterior.
Si los contornos son precisos, será anterior.
Si son difusos será posterior.

b).—Si se hace girar al presente:
y la sombra se mueve en el sentido de la columna vertebral, la topografía del cuerpo extraño será posterior.
Si lo hace en sentido opuesto, estará adelante.

c).—Por proyección tangente, se sabe que el cuerpo está fuera o dentro de la pared.

d).—Los cuerpos extraños pulmonares siguen los movimientos respiratorios, según su proximidad a pared toráxica o diafragma.

e).—Los centrales, aunque sean basales, se mueven poco.

f).—Cuando en posición anteroposterior la sombra cae sobre la del diafragma, hacer exploración lateral en inspiración forzada.

2o.—Para localización exacta:

a).—Usar el método de las cuatro señales.

b).—El método ortodiagráfico.

c).—El radiográfico de Furstenan.

d).—La estereogrametría (con el aparato de Beyerlen) con el estereoortodiágrafo, o el aparato estereoscópico de Hasselwander.

c).—Con el criptoscopio se utilizan los Rayos X durante la operación sin estar a obscuras, aparato que se pone en la cabeza del Cirujano, lo que le permite estar viendo y operando.

Los métodos comprensivos tienen el peligro de difundir la infección al resto del parenquima con peligro séptico pleural, pulmonar, mediastínico y aún septicemio; por eso la mayoría de los Médicos se inclinan más al drenaje quirúrgico.

Todos los métodos, exceptuando lo neumotomía, tienen el peligro de la hemorragia cuando su sitio es pedicular y cuando el tejido pulmonar es esclerosa, porque mantiene los vasos abiertos; otra complicación es la muerte instantánea por la embolia gaseosa cuando se abre una vena y además el choque operatorio es intenso en los otros métodos.

Para la neumotomía es necesario:

1o.—Una relación precisa radio-clínica del sitio, relaciones y dimensiones del absceso.

2o.—Hacerla en dos tiempos:

a).—Abertura costal en relación al absceso hasta descubrir la pleura parietal, hacer una embrocación de tintura de yodo para provocar la sínfisis pleural, pues si se olvida este requisito se complica el absceso de neumotórax o pioneumotórax, casi siempre mortal.

Debe ponerse una referencia metálica de alambre y llenar la herida de gasa yodoformada para que se tenga una guía radiológica antes de la intervención definitiva, la cual se practicará tres o cinco días después, que es cuando estará formada la sínfisis pleural. Se hará la neumotomía con bisturí eléctrico abriendo en cruz y taponando con gasa. La evolución de la restitución pulmonar será de tres a seis semanas, por término medio.

Esta operación debe hacerse bajo anestesia local a la novocaína o a la general por el éter, el gas o el balsoformo.

A veces una fístula brónquica de larga duración es su consecuencia.

Esta operación está contraindicada en el período agudo y cuando existe neumotórax artificial previo.

En los abcesos complicados de pioneumotórax, debe hacerse una pleurotomía mínima con drenaje de Delvet, para no alejar el pulmón de la pared.

Kurislky indica que en estos casos, las intervenciones amplias son perjudiciales y que en general toda pleuresía agrava mucho el pronóstico de los abcesos pulmonares.

Como el enfermo con el tratamiento antes dicho no obtuvo mejoría, se le asoció, cuando logré una canalización parcial del absceso, autovacuna, creosota, yodo, sin haber obtenido expectoración sangrienta, e inyecciones de piofilaccina como leucoterápico, más

Marzo 23 de 1933.

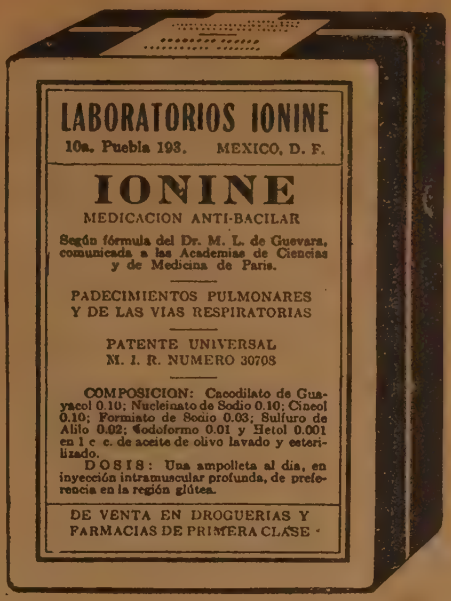
otra serie de emetina y neosalvarsán, sin resultado clínico ni radiológico favorable, como se podrá ver en la radiografía del 23 de marzo de 933; como la fiebre se hizo continua con ligera remisión matinal y ascenso vesperal de 39 1|2, la lesión pulmonar se iba extendiendo como una mancha de aceite, invadiendo el borde auricular derecho y acercándose a la pleura, decidimos el Dr. don Abelardo Monges y yo, hacerle la neumotomía en dos tiempos, como lo aconseja Sauer-Bruch, previos los anales operatorios funcionales de riñón, hígado y he-

matológicos, habiendo resultado casi normales, pues se me escapaba indicar que desde un principio, a este enfermo lo sometí a una sobrealimentación para evitar la autofagia, la acidosis y las claudicaciones viscerales, creo que en las infecciones largas, como en la tifoidea, etc., claudican las vísceras, principalmente hígado y corazón, por la hipoalimentación prolongada, más que por la infección.

En los días últimos de abril se le hizo extirpación de la 7a., 8a. y 9o. costillas, en una extensión como de ocho centímetros, con anestesia general al cloruro de tilo. La operación duró 20 minutos, con un consumo de 15 gramos de cloruro de tilo, dejamos taponado con gasa para hacer la neumotomía a los cuatro o cinco días con cuchillo eléctrico, dando tiempo a la sínfisis pleural, y por lo tanto evitar complicación pleural de neumo o pionemotórax.

Pero como desgraciadamente los procesos no siempre evolucionan como uno desea, una bronconeumonía le causó la muerte al enfermo a los dos días de esta pequeña operación preparatoria, privándome del placer de curarlo. Pero como considero este estudio de utilidad para mis compañeros, he hecho el relato anterior.

México, D. F., mayo 8 de 1933.



TUBERCULOSIS

Tratamiento a base de la medicación antibacilar

IONINE

(Regs. 7089 y 7092 DSP)

usada con éxito en la República Mexicana y los Estados Unidos.

Las ampolletas y jarabe **IONINE** están de venta en las principales Droguerías y Farmacias de la Capital y Estados.

LABORATORIOS IONINE, S. A.

10a. DE PUEBLA 193

Tels. { Eric. 4-58-44 / Mex. L-18-10 — Apartado 1999 MEXICO, D. F.

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

VACUNAS CLIN

ANTIGONOCOCICA *I Monomicrobiana*

ANTIGONOCOCICA *II Polimicrobiana*

Registro No. 1972 y 1973 D. S. P. México.

ANTIESTAFILOCOCICA

Registro No. 1970 D. S. P. México.

ANTIESTREPTOCOCICA

Registro No. 1971 D. S. P. México.

COLI - ENTERO - VACUNA

I BUCAL
Cajas de 6 Ampollas de 5 cc. de gran concentración uniforme.

II INYECTABLE
Cajas de 10 Ampollas de 1 cc. de concentración creciente.

Registro No. 3577 y 3655 D. S. P. México.

NEUMO - BRONCO VACUNA

Registro No. 3.744. D. S. P. México

1. - ADULTOS **2. - INFANTIL**

VACUNA PRE - OPERATORIA

Concentración elevada en microbios.
Tolerancia perfecta -
- Conservación ilimitada
Inyecciones subcutáneas o intramusculares.

LAS VACUNAS CLIN inyectables expéndense en cajas de 10 Ampollas de 1 cc. de concentración creciente.

SUEROS CLIN

DESALBUMINADOS Y PURIFICADOS

ANTICOLIBACILAR. ***ANTIESTREPTOCOCICO.***

Preparado según el método del profesor H, VINCENT (París)
Cajas de 1 ampolleta de 10 c. c. ó 5 c. c.
Reg. No. 1857 D. S. P. México.

ANTIGANGRENOSO MULTIVALENTE

Preparado según el método de H. VINCENT y G. STODEL
Cajas de 1 ampolla de 10 c. c.
Reg. No. 1859 D. S. P. México.

LABORATORIOS CLIN - COMAR & CIA.

20 Rue des: Fossés Saint-Jacques, París.

Agencia General:

Balderas 132. Apartado 1977. MEXICO, D. F.

Curación de una Adherencia de Pleura por la Radioterapia

Por el Dr. Mariano G. Somonte.

Disponemos de una sola observación como referencia, pero es tan demostrativa, que creemos útil adelantar su publicación, mientras reunimos un número suficiente de casos, que confirmen como creemos pueda hacerse, el resultado obtenido en este enfermo.

Se trata de un sujeto de 60 años, campesinos, sin antecedentes familiares y quien dice no haber estado enfermo nunca.

El día 20 de febrero de este año, tuvo súbitamente un escalofría intenso, con fiebre de 40 grados que persistió una noche y todo un día, al final del cual, recobró su temperatura normal. Por orden de un médico permaneció en cama durante tres días; por única terapéutica le administraron un purgante. Tres días después le apareció un dolor muy agudo debajo de la tetilla derecha, que fué creciendo en intensidad hasta llegar a ser insoportable; no podía dormir. En un Sanatorio donde se internó, le intentaron toda la terapéutica adecuada, sin ningún resultado. Siete días después le hacen unas aplicaciones de diatermia que le exacerba el dolor.

Ví por primera vez al enfermo el 12 de Marzo. No tiene tos, no ha vuelto a tener fiebre, pero el dolor persiste con la misma localización. La radiografía muestra el estado de su afección. Sobre la curva del hemidiafragma derecho se aprecia la elevación en forma de pico de la pleura, unida a un haz de tejido conjuntivo que va hacia la parte inferior del hilio derecho. En la inspiración profunda la deformidad pleural se hace más evidente. El espacio pulmonar comprendido entre el hilio y la extremidad del haz, tiene reforzado su dibujo, debido sin duda, a la proliferación del tejido fibroso que rodea los linfáticos.

Creemos que la causa de esta afección sea debida a una congestión pulmonar de tipos bronconeumónico. La intoxicación determinó un proceso irritativo del tejido conjuntivo, con proliferación rápida y formación del haz, causa de la adherencia, y consecuetivamente del dolor, por estiramiento. Conocemos desde hace muchos años la acción destructiva de los rayos X, sobre la neoformaciones de tejido conjuntivo. Sabemos lo rebelde que son estas adherencias a la terapéutica usual; a veces persisten durante años, constituyendo un verdadero martirio para el paciente. Consultamos con un especialista de pulmón y nos hace la indicación de alcoholizar el frénico, como única terapéutica. Y nos decidimos a intentar destruir la adherencia mediante la irradiación.

Irradiamos por dos campos, uno anterior y otro posterior; rayos duros; 100 R, por día y por campo. A los siete días, el dolor ha disminuido ligeramente; a los 14, dice el mismo enfermo que el dolor ha disminuido como un 90 por ciento y que puede dormir. Hacemos la segunda radiografía y apreciamos que ha desaparecido el haz de tejido conjuntivo, el reforzamiento del tejido pulmonar, y la elevación de la pleura, es mucho menor. Dejo de irradiar durante una semana y el dolor aunque muy disminuido, persiste. Irradio durante una semana más, y el enfermo nos dice que ya el dolor ha desaparecido, la radiografía tomada, demuestra la desaparición de la adherencia, y de todo el cuadro patológico que aparece en la primera placa. El enfermo no ha vuelto a tener la más pequeña molestia.

Es indudable que la curación se debe a la acción de los rayos X, pues sería mucho suponer que coincidiendo con el comienzo de la irradiación se inició un proceso de regresón, tanto más cuando sabemos lo rebeldes, que son estas afecciones, y lo lento de su proceso cuando se trata de su reabsorción.

PRODUCTOS OPOTERAPICOS "CHAIX"

Extractos.—INYECTABLES, COMPRIMIDOS, GLICERINADOS Y JARABES

TODOS LOS ORGANOS
Ext. Bazo y Médula
" Cerebral.
" Ganglios Linfáticos.
" Hepático.
" Intestinal.
" Medular.
" Miocárdico.
" Muscular.
" Pancreático.
" Pulmonar.
" Retiniano.

TODAS LAS GLANDULAS
Ext. Explénico.
" Hipofisario.
" Mamario.
" Renal.
" Orquítico.
" Ovárico.
" Placentario.
" Prostático.
" Para-Tiroide.
" Surrenal
" Tiróide.
" Entero-secretina.
" Entero-Kinasa.

PIDA NUESTRO FOLLETO ESPECIAL COMPLETO

Establecimientos Lauzier, S. A.

Representantes. Apartado 399 México, D. F.

SEÑOR DOCTOR:

¿Ya experimentó Ud. este nuevo producto de patente? Si no, hágalo ahora mismo, solicitando una muestra a **"Beick Félix" y Cía.**
Apdo. 313. Av. Madero 39. México, D. F.

"PALMATONE"

SIMPLE Y CREOSOTADO

EN SU DROGUERIA FAVORITA PIDA UN FRASCO DE PALMATONE. - PRECIO: $ 2.00

PALMATONE Simple:

Magnífico medicamento adyuvante, por sus propiedades como tónico y estimulante de la nutrición, en los casos de enfermedades nerviosas, anemia, pérdida de peso y falta de apetito.

Reg 7585 D. S. P

PALMATONE Creosotado:

Verdadero reconstituyente y tónico. Facilita eficazmente la expectoración en casos de bronquitis y demás afecciones pulmonares.

Reg. 6353 D. S. P.

Sus pacientes pueden adquirirlo en toda droguería o botica por $2.00 frasco

El Chasquido de Apertura de la Mitral

SU VALOR CLINICO

Por el Dr. Salvador García Téllez.

CON frecuencia el Médico deja pasar signos clínicos, sin darle la interpretación debida, los que por sí solos son suficientes para caracterizar una enfermedad, o cuando menos para sospecharla; aumenta el interés de su estudio lo poco vulgarizado de estos conocimientos y el que dichos signos se manifiesten clínicamente por atributos semejantes, pero de patogenia muy diferencia, así como de utilidad diagnóstica y pronóstica; me refiero al chasquido de apertura de la mitral que se caracteriza por un ritmo de tres tiempos, igual, que el desdoblamiento del segundo ruido, que el ritmo producido por el tercer ruido del corazón audible, que el ritmo de galope protodiastólico, que el chasquido mesosistólico pleuropericárdico, que el frotamiento pleural preventricular izquierdo, agregado a la revolución cardíaca normal y que el ritmo producido por el ruido de gluglu gástrico rimado por los ruidos del corazón.

Esto tiene una utilidad práctica para no considerar como cardíaco a quien no lo es, e ignorar que lo es quien padece una cardiopatía a veces muy seria.

He visto Médicos que frente a un enfermo con chasquido de apertura de la mitral terminen su estudio sin haberse dado cuenta de su existencia, apreciar el hecho hasta que se les hace hincapié en él, pero olvidan su mecanismo de producción y por consecuencia su interpretación.

Además, cuando existe este chasquido de apertura, es tomado por desdoblamiento del segundo ruido, de significación clínica muy diferente; éste es producido por el asincronismo del cierre de las válvulas aórticas y pulmonares, por diferencias de tensiones en ambos sistemas; es cierto que lo describen como parte integrante del ritmo de Durozzies, pero aislado tiene un valor muy diferente. Es frecuente en los neurotómicos de predominio vagal y de topografía torácica y por lo tanto modificable por la respiración, su sitio audible es la base, en el segundo o tercer espacio intercostal, casi siempre izquierdo, va decreciendo al mesocardio y al apex, al grado de desaparecer en esto último.

Por lo tanto no hay que pensar siempre en Estenosis Mitral y sí en Neurotonía torácica, cuando se perciba desdoblamiento del segundo ruido exclusivamente en la base, pero si este desdoblamiento es persistente no desechar de una manera definitiva la Estenosis Mitral.

Es de gran interés acostumbrarse a reconocer el chasquido de apertura de la Mitral, porque sólo se encuentra, cuando la válvula de la Mitral está esclerosada y constituye un signo patognomónico de Estenosis Mitral; al estado fisiológico esta apertura es silenciosa y por consecuencia sin manifestación clínica; basta que esté fibrosa, falta de flexibilidad, para que se haga ruidosa, retardada y se manifieste clínicamente por un ruido agregado al segundo con ritmo de tres y protodiastólico.

Este chasquido es perfectamnte audible en el apex, con onomotopeya igual al del desdoblamiento de la base; pero seco, vibrante, intenso; es decir con intensidad, altura y timbre diferente; caracteres acústicos que deben tnerse en cuenta para diferenciar este ritmo de tres de los ritmos anteriormente indicados.

Es bien sabido, que en todo sonido se debe tener en cuenta tres caracteres: intensidad altura y timbre, que el primero debe ser fuerte o débil y el sgundo alto (agudo) y bajo (grave).

En tratándose del chasquido de apertura, el ruído agregado es protodistólico, más intens,o más alto, más vibrante que el segundo ruido normal, va decreciendo su intensidad al salirse del apex y desaparece en la base, no desaparece de un día a otro ni con los cambios de actitud.

El tercer ruido del corazón, cuando es audible, da también ritmo de tres, atribuído por Potain al despliegue de la válvula Mitral; por Váquez a distención activa del ventrículo al principio de la diástole; por Pezzi a un galope protodiastólico ventricular atenuado.

Su sitio es el apex, pero en decúbico de Pachón y casi siempre exige corazones neurotónicos, excitables, es más frecuente en el adolescente, factible de desaparecer con los cambios de actitud y con el tiempo y a veces durante una misma exploración pasada la fase excitosimpática de las primeras maniobras de exploración. No siempre es fisiológico, pues un paso más y es el esbozo, la iniciación de un chasquido de apertura y por consecuencia unas valvas que principian a fibrosarse; tiene caracteres acústicos opuesto al anterior, es decir es bajo, débil, poco vibrante, se hace más ostensible en las inspiraciones forzadas, desaparece con los cambios de posición y con el tiempo, audible en el apex y casi nunca en la base, e indica hiperexcitabilidad miocárdica, neurotonía o valvas que principian a dejar de ser flexibles.

El ritmo de galope es un ruido interpuesto entre los dos normales, se manifiesta clínicamente por ritmo de tres y según el tiempo que ocupa de la diástole (protodistólico), podrá confundirse con el del chasquido de apertura de la Mitral. No hay que olvidar que el ritmo de galope es **"el gran signo clínico de la insuficiencia cardíaca y que si éste se aleja del primer ruído agrava el pronóstico."**

Este segundo ruído en tratándose de galope es poco intenso, sordo y rodeado de una atmósfera de circunstancias que son las que dediden: tanto centrales, periféricas, como de anammesis.

Acompáñase de cardiomegalia, choque ondulatorio de la pared precodial, ser más táctil que audible con sensación de "peldaño en escalera" levantamiento en dos tiempos, apagamiento de tonos, con frecuencia soplos funsionales, hipotensión arterial con aplastamiento de máxima, antecedentes de nefropatía, de esclerosis vascular, de hipertensión, de disnea asmatiforme noctura paroxística y no raras veces, crisis de edema pulmonar agudo.

No es el caso de entrar en consideraciones patogénicas del ritmo de galope, bástenos saber que es exclusivamente ventricular, originado por el sacudimiento de una pared blanda, que vibra bajo el impulso sistólico auricular, distendiéndole por sorpresa, por pérdida de tonicidad.

El chasquido mesosistólico pleuro-péricárdico descrito desde 1913 por L. Gallabardin como un psedo-desdoblamiento del segundo ruído que simula estrechamiento Mitral; por Lian en 1921 en el cuarto tomo del Tratado de Patología Médica de Sergent; Gallabardin en enero de 1932, describe una nueva observación del desdoblamiento del segundo ruído que simulaba estrechamiento mitral y en el que la autopsia demostró corazón normal, con adherencia pleuropericárdica; Lian, Marchal y Pantrac en enero de 1932, lo describen como un signo clínico de calcificación del periardio; M. M. C. Lian y Deparis en los boletines y memorias de la Sociedad Médica de los hospitales de París, en el número 13 del 17 de abril de 1933 lo describen bajo el nombre de "el chasquido mesosistólico pleuro-pericárdico" como un signo colocado entre el primero y segundo ruído que realiza un ritmo de tres, con todo vibrante y que traduce la existencia de una brida pleuropericárdica.

Lo describen como un ruído seco que se produce cerca del oído situado en el apex o en el mesocardio, excepcionalmente audible en la base o en el espacio de Traube, casi siempre cerca del segundo ruído (telesistólico). Existe en todas las revoluciones cardíacas sin variar con la respiración ni la actitud; a veces es acompañado, de un pequeño soplo telesistólico o protodiastólico, Lian y Deparis, piensan que este soplo puede permitir por sí sólo pensar en la existencia de un brida pleuropericárdica.

El electrocárdiograma y el ortodiagrama casi siempre indican corazón normal.

Estos autores presentan gráficas de fono-

cardiogramas de las cuales pudieron concluir que este ruído preceden 6 a 8 cincuentavos de segundo al pulso numeral, que se produce inmediatamente antes del dicrotismo del pulso y que coincide cos la onda secundaria que precede al dicrotismo.

Cuando el fonocardiograma es recogido en la base, quedan solos los dos ruidos normales del corazón y cuando se coloca en la punta se hace evidente el ruido sobre añadido.

Cuando han encontrado este ruído los enfermos se queja de disnea al esfuerzo, palpitaciones, álgias precordiales que a veces toman carácter de angor y con frecuencia lipotinias.

En las autopsias Gallabardin ha encontrado ausencia completa de lesiones cardíacas y sí adherencias pleuropericárdicas, este autor concluye que este ruído agregado mesosistólico con ritmo de tres traduce la existencia de bridas pleuropericárdicas, concibe que esta brida al ponerse tensa en la sístole, pueda dar nacimiento a un ruído seco meso o telesistólico en el apex o en su vecindad y que la tracción brusca del parenquima pulmonar, pueda dar nacimiento a un soplo cardiopulmonar, en el momento en que la brida se pone tensa. Esto explica su manifestación clínica por algias precordiales tipo angor.

Cuando el ritmo de tres es producido por frotamiento pleural pericárdico, basta ordenar al enfermo que respire fuerte y hondo para que éste ruído sea ritmado por los movimiento respiratorios, lo que no pasa con el chasquido de apertura de la Mitral, ni con el chasquido mesosistólico pleuropericárdico. Producen el ruído de vaivén que está a caballo, como dice Gubler en relación a los ruídos normales.

El ruído de gluglu gástrico ritmado por el corazón a veces también da ritmo de tres que pudieran dar lugar a confusión. Basta tener esto en cuenta, para que cuando se explore al paciente, se demuestre la no existencia de distención gaseosa gastrocólica, ni de chapaleo gástrico; así como el estudio radiológico demostrará la no existencia de líquido en el estómago.

Es útil recordar que para registrar estos ruídos por la reproducción fónica, se usa el telecardiófono, el estetofonógrafo que permite la pluri-auscultación de los ruídos del corazón inscritos sobre discos; y para el registro por el análisis gráfico, se usan los fonocardiógrafos, el fonoscopio de Weiss, el fonocardiógrafo de Omohm, y los fonocardiogramas.

En resumen:

El chasquido de apertura de la Mitral, se puede confundir con:

1.—El desdoblamiento del segundo ruído.

2.—Con el tercer ruído del corazón audible.

3.—Con el ritmo de galope protodiastólico.

4.—Con el chasquido mesosistólico pleuropericárdico.

5.—Con el ruido de frotamiento pleural mesocardiaco o preventricular izquierdo.

6.—Con el ruido de gluglu gástrico ritmado por el corazón.

a).—Este signo se podría tomar como patonogmónico de la extenosis mitral e indica esclerosis de sus valvas.

b).—El desdoblamiento del segundo ruído exclusivamente en la base indica asincronismo del cierre de las válvulas aórticas y pulmonares por diferencias de tensiones en sus sistemas y no obliga extenosis mitral, pero no hay que olvidar que tampoco la excluye.

c).—El tercer ruído del corazón es fisiológico, pero para que se haga audible es necesario hipersinesia cardiaca sea refleja o autónoma.

d).—El ritmo de galope protodiastólico indica de una manera indiscutible meiopragia cardiaca y es un signo patonogmónico de insuficiencia ventricular.

e).—El chasquido mesosistólico pleuropericárdico indica adherencias pleuropericárdicas.

f).—El ritmo de tres producido por un frotamiento pleural agregado a la revolución cardiaca, así como el producido por gluglu gástrico, deben tenerse en cuenta para evitar una equivocación burda.

México, D. F. Mayo 8 de 1933.

"PULMOSEPTINA"

Intensa Medicación Antibacilar para la Tuberculosis.

Fórmula del Dr. Salvador V. Altamirano de la Facultad de México

Certificados médicos de distinguidos bacteriólogos de la capital

No. de Registro 2429 Patente No. 1871

Depósito: 5 de Mayo 15

Arthigon
Schering
Dosis I-VI
Dosis VII-XII

Vacuna antigonorréica polivalente de conservación ilimitada

INDICACIONES:

Complicaciones gonocócicas, Prostatitis, Epididimitis, Anexitis, Artritis, Reumatismo gonocócico.

El Arthigon es una suspensión de gonococos en una solución de Urotropina, lo que garantiza su perfecta conservación. En el Arthigon se asocia al estímulo específico de los gonococos el omnicelular de la Urotropina.

QUÍMICA SCHERING MEXICANA S. A.

Apartado 281, Mexico

La Odontología en Relación con la Higiene

Por el Dr. Angel Zimbrón, hijo.

Permitidme, señores, que haga un pequeño esquema de la higiene general, que facilite la labor de desarrollar ante ustedes una materia que, según el enunciado de esta ponencia, corresponde a consideraciones del orden filosófico, en el que una mediana inteligencia como la mía, no logrará especular con ventaja para poder explicar, dentro de los estrechos límites de esta lectura, cuanto en realidad encierra y la importancia trascendental de su conocimiento y aplicación.

El origen de los métodos usados para la conservación de la salud, como la mayor parte de los orígenes, se substrae a toda investigación.

Pero a falta de documentos históricos, la razón nos lleva a suponer que la humanidad ha procurado conservar las condiciones de la vida normal, desde el momento en que sintió perder el precioso don de la salud.

La medicina natural se realiza en los primeros tiempos con la demanda de los enfermos colocados en la vía pública, para implorar el consejo de los que habían padecido males análogos. Este esfuerzo de instinto eslabonó la observación y la experiencia, ordenando, a través de las generaciones, los sistemas de curar y prevenir.

Entre los Sacerdotes de Coss, surge la figura legendaria de Hipócrates el grande, cuyos vigorosos perfiles no ha podido destruir todavía la acción de los siglos.

En los aforismos del venerable anciano, profundos y sencillos, encontramentos los fundamentos de la higiene, que entre las ciencias contemporáneas ha logrado alcanzar una posición tan elevada, que buen número de materias que, dentro o fuera de la medicina, aparecían como autónomas, hoy son subsidiarias de la medicina preventiva.

Todas las materias fundamentales y complementarias de la ciencia médica moderna, las cutiles especulaciones de la geología, de la cosmografía y las elevadas concepciones sociológicas, son tributarias de la higiene, porque el hombre en su forma, funciones y relación con el mundo exterior, vive de los productos de la tierra y de los elementos del cosmos, completando su equilibrio en sus relaciones sociales.

No existe entre todas las actividad científico-sociales y morales de la vida individual y colectiva, en la presente generación, una tan importante, tan necesaria, como la ciencia de la higiene.

Ampara la vida de la madre durante el embarazo y protege la existencia del ser que habita su claustro.

Con sabios consejos prepara el desenvolvimiento de un niño vigoroso, que en vez de crear problemas en el concierto social, como los forman esa cadena de indefensos, a quienes la ignorancia y el vicio obliga a soportar injustamente los más oprobiosos estigmas, será un refuerzo de vigor físsico, intelectual y moral de la familia, un bien social y al mismo tiempo galardón de recompensa para quienes, trayéndole a la vida, lo hacen, sin egoísmo, cumpliendo el deber moral por el fácil y grato sendero de la higiene.

Más tarde, señores, contemplamos la encomiástica labor que realizan los hombres de buena voluntad, venciendo con sacrificio la muralla de la indiferencia, para llegar en socorro de la vida de las generaciones en su primera infancia, amenazada por la ignorancia y el peligro de las epidemias.

Nos es familiar todo cuanto se refiere al

importante papel que la higiene va desempeñando en el resto del ciclo de la vida humana: En el adulto, para el anciano, en el hogar, en la vida colectiva del taller y de la escuela, en la organización militar de tierra y naval, en la lucha contra los agentes morbosos, en la ciudad y en el campo, en la vigilancia de los alimentos, del vestido, en los cuidados de la higiene comporal, en el acondicionamiento de la habitación, del templo, de los centros de recreo, en la higienización de los medios de transporte terrestre, marítimo y aéreo, en fin, en todas y cada una de las grandes preocupaciones de la higiene, entre las que destacan dos por su importancia y trascendencia: La profilaxia intelectual y la higiene moral, relativa esta última a la sobriedad y a la higiene y educación sexuales, cuyas máximas, buenas y sencillas, sirven a los reformadores impreparados para destrozar la intelectualidad, la salud y la moral de nuestras clases, y, lo que es más lamentable, de nuestros niños.

Desde los primeros días de la vida del niño hasta la edad adulta, y de ésta a la ancianidad, encontramos campo propicio para sembrar la semilla de la higiene, que dará a nuestros aconsejados el fruto de la salud que hace placentera la vida.

LA ODONTOLOGIA ANTE LA HIGIENE

La Odonotlogía en la higiene general, ha conquistado un puesto de verdadera importancia; ha proporcionado orientaciones en la investigación de mecanismos etiológicos, ha logrado conocer la relación de causa a efecto en fenómenos patológicos generales, en correlación biológica con infecciones dentarias, aparentemente localizadas; ha llamado, en fin, la atención del mundo médico, acerca de los mecanismos patogénicos y fases clínicas de generalización de padecimientos bucales.

Como la higiene general, desempeña elevada misión en el individuo y en la colectividad, y desde la niñez hasta la ancianidad.

Recordad, señores, que en el desarrollo del niño, el esqueleto y los dientes se disputan el material calcáreo del organismo materno, y que en esta época de la vida embrionaria, las características físico-químicas, la constitución y funciones de la madre, se trasmiten al producto, en el que se reflejan, además, los estigmas ancestrales.

Una recalcificación oportuna mantendrá el equilibrio ácido-básico humoral, economizará a la madre serios detrimentos, contribuirá a la formación de floculados de compuestos calcáreos, en las zonas alcalinas del folículo dentario, edificará un macizo cráneo-máxilo-facial sin los lamentables dismorfismos e hipotrofias, que afectan tan directamente, según Frey, las funciones respiratorias, digestivas, y aún el desarrollo del contenido de la caja craneana.

Además, el método de recalcificación repondrá el índice de coagulabilidad sanguínea, evitando a la madre graves hemorragias e infecciones y aún ese cortejo de trastornos nerviosos de origen hipocálcico, atribuídos en otras épocas a lesiones específicas.

La única manera de prevenir la carta, es proporcionar al organismo materno la posibilidad de formar tejido dentario hipercálcico, o por lo menor suficientemente calcificado, capaz de resistir al proceso químico parasitario.

Multitud de mujeres en cinta acuden a nuestras consulta por diversos capítulos: Unas padecen policaries, otras sufren neuralgias gravídicas o bien gingivitis toxi-infecciosas, etc. Si han tenido varios hijos, han perdido la mayor parte de sus dientes, lo cual demuestra una pobreza extrema de calcio y fósforo, que no se limita a la destrucción del sistema dentario de la madre, sino que se refleja de manera desastrosa en los dientes temporales y aún permanentes de los hijos.

Diversos métodos han sido preconizados para mejorar los estados hipocálcicos. Una verdadera cadena de productos químicos, orgánicos, de origen animal, aisladamente o unidos a fijadores, como la adrenalina y el ostelín, o combinados con vitaminas B. y D., sometidas a las radiaciones ultravioleta, etc., están al alcance de nuestra terapéutica, para emprender activa campaña contra el raquitismo de los maxilares y la abiotrofia dentaria.

Pasemos de estas consideraciones a estudiar la silueta de la primera infancia, víctima de las repercusiones específicas, del alcoholismo y de un conjunto de factores filogénicos, que imprimen caracteres morfo-funcionales a los maxilares, originando las atresias, el hun-

dimiento de la bóveda palatina, las alteraciones de la articulación témporo-maxilar, el desarrollo incompleto de los senos maxilares, la hipertrofia de las amígdalas, el adenoidismo, etc., que encuadran en la terapéutica ortopédica o quirúrgica, por cuyos procedimientos pueden mejorar las generaciones y alcanzarse preventivamente el perfeccionamientos físico y psíquico de los descendientes.

No existe oportunidad mejor para prevenir las anomalías máxilo-dentarias que la que nos ofrecen los niños, aún desdentados, portadores de dismorfismos y a los cuales pueden aplicarse sistemas correctivos capaces de transformar, el maxilar atrésico de un glosoptósico en mandíbula normal, y convertir la bóveda palatina ojival en bóveda plana, que dé a las fosas nasales, por el cambio de morfología, espacio suficiente para la realización de funciones respiratorias normales.

El concepto anatómico y fisiológico del confluente vital funcional de Pierre Robin, ligado íntimamente a las anomalías cráneo-máxilo-faciales, debe ocupar sitio preferente en nuestras horas de estudio.

La odontología emprende una verdadera cruzada en favor de los niños que llegan a la edad escolar.

Los niños de los jardines escolares, los de instrucción primaria y superior, el contingente de las escuelas secundarias, normales, etc., son portadores de lesiones dentarias, fué en cierto modo los inhabilita para la adquisición de una instrucción sólida, compatible con un desarrollo normal.

La razón es sencilla: una boca mutilada por la policaries, por extracciones prematuras e indebidas, en la que existen dientes con caries penetrante y pulpas expuestas, no puede desarrollar la función masticatoria, y en consecuencia, todo el resto de las funciones digestivas y de asimilación, quedan subordinadas a esta insuficiencia, que causa buen número de transtornos del aparato digestivo.

Estas condiciones no son de naturaleza transitoria como se las supone, porque la falta de trituración e insalivación, hacen imperfecta la función digestiva y es el punto de partida de fenómenos autointoxicación que originan los desequilibros de correlación fisiológica hepática y renal.

Algunas taras hereditarias que podrían

Recuerde Ud. este nombre cuando necesite recetas bien preparadas

compensarse con un desarrollo normal, surgen en toda su intensidad y se agravan por una masticación deficiente.

No es ésto todo, pues debemos agregar que la falta de higiene en el niño, motiva reacciones inflamatorias e infecciosas, que se presentan con crisis de dolor capaces de pertubar la psicología del niño y reducir el tiempo de descanso mental y físico.

Además, sabemos por experiencia que toda infección bucal, intoxica al organismo por la absorción de productos sépticos y a veces por la piofagia inevitable.

Doscientas cincuenta clínicas dentales consagradas a los escolares alemanes, redujeron las epidemias de sarampión, escarlatina y difteria, en un 50 por ciento. Diez millones de niños norteamericanos atendidos anualmente en los dispensarios dentales escolares, son el exponente de la cultura de un pueblo y de la acuciosidad de sus gobernantes que saben cumplir con tan importante misión.

Basta dedicar una poca de atención para convencerse, de que así como la edad escolar es la más importante para la adquisición de principios básicos en el orden intelectual y moral, es la época de la vida, en que por razón del desarrollo y del consumo de energía nerviosa, los niños necesitan recibir los elementos de la higiene en proporción suficiente para lograr un equilibrio biológico, que permita el desenvolvimiento de su organismo sin los tropiezos de las enfermedades.

La herencia, la falta de atención de la madre, durante el embarazo, la pobreza constitucional del sistema dentario del niño, la falta de prácticas higiénicas, etc., harán perder prematuramente los dientes temporales y se originarán anomalías en los permanentes, con la consiguiente perturbación morfo-funcional del confluente vital de Robín.

De sobra conocido para nosotros, es el cortejo de estados patológicos de la boca del niño, en su mayoría dolorosos, que le impiden alimentarse, dormir y por razón natural, le inhabilitan para el trabajo mental.

El niño que sufre álgias dentarias, es poco atento, fija mal los preceptos, es poco dócil, es indolente; porque además de las condiciones anotadas, buen número de pequeños enfermos son víctimas de una piofagia habitual que los mantiene en estado septisémico crónico, condición, ésta última, que afecta profundamente el estado físico y psíquico de los escolares.

Con la inteligente cooperación de mi querido maestro, el doctor Ricardo Figueroa, apóstol también de la odontología nacional y dentista escolar de primer orden, pudimos comprobar, en más de doscientos casos, que niños catalogados en el grupo de retrasados, mejoraron de categoría intelectual y moral, llegando muchos de ellos a ocupar los primeros lugares de sus clases, después de ser convenientemente tratados y encausados por las prácticas de la higiene.

El dentista escolar hace sentir su influencia de educador en los hogares; pues el momento de la consulta, utilizado para educar y mejorar social y moralmente a los niños, convierte a éstos en portavoces de las saludables enseñanzas de la higiene.

De estas cuantas palabras se deduce el valor de los servicios del dentista en la higiene pública, pues los buenos hábitos contraídos en los dispensarios, sirven para el resto de la vida, puesto que cada niño adquiere la convicción de que recibe con nuestros cuidados un bien positivo.

Los accidentes propios de la dentición temporal y permanente, forman parte de las consecuencias de las distrofias maxilares no compensadas por los tratamientos ortopédicos oportunamente utilizados.

Todas las edades de la vida humana tienen sus amenazas, sus padecimientos, y cada etapa necesita la prodigación de cuidados higiénicos adecuados; pero de entre estas etapas ninguna presenta mayores exigencias profilácticas que la edad adulta, en la que se multiplican los casos de enfermedad por la reducción de defensas. Es la época de la vida en la que, por razón del trabajo intelectual, la resolución de problemas de subsistencia, los desgastes morales y los vicios, se destruyen el equilibro, haciendo vulnerables, órganos, sistemas y tejidos, que se dejan invadir fácilemnte de estados patológicos.

Ahí debemos redoblar nuestra vigilancia, y ensanchar el campo de acción, porque aún es posible obtener del organismo adulto trans-

formaciones que beneficien al individuo y a su descendencia.

Nada de esto es teórico, el número de comprobaciones recogidas ha dado luz suficiente para entender y confirmar cuanto en este orden de ideas han reunido la observación y la experiencia.

La solución de los problemas higiénicos que hay que resolver para conservar la boca del adulto en estado de salud, depende de las condiciones morfológicas y funcionales de la cavidad, de la presencia de aparatos protésicos y según el sistema de restitución dentaria.

Algunas modalidades se aplican a las distintas edades y según se trate de la boca sana, de la boca enferma o de la boca de los enfermos.

La higiene bucal colectiva, hospitalaria, militar, industrial, pública, etc., tan necesaria o más que la individual y privada, debe ordenar sus métodos conciliando las exigencias de la profilaxia, con las posibilidades económicas y de tiempo, para hacer fácil la realización de prácticas tan útiles e importantes para la salud general.

Poco estimada aún la higiene buco-dentaria por la medicina general, presta grandes servicios a la humanidad; pues basta considerar la influencia de la quimiosepsia bucal y de la piosepcia de los padecimientos dento-maxilares, para descubrir el determinismo de lesiones a distancia y despejar un vasto horizonte patológico, cuya eliología o cuya profilaxia, tienen su control en los conocimientos del odontólogo.

Sería impropio analizar en este trabajo el capítulo de síndromes, que como el buco entero hepático o el buco entero renal, se ofrecen a nuestra consideración clínica con tanta frecuencia, pero sí podremos incluir una pequeña lista de lo que al azar se puede tomar, para el que, encontrándose fuera de nuestros dominios, quiera orientar su juicio en esta materia: El conocimiento de la influencia que la infección focal ejerce sobre la economía, ha recibido la sanción de experimentadores de indiscutible competencia, y está en posesión de los métodos de laboratorio y de la clínica, la verdad de la relación existente entre las infecciones focales y las lesiones producidas a distancia.

La poliartritis dentomaxilar supurada, considerada como foco de infección, distribuye a través del sitema vascular sanguíneo y linfático y por deglución de los exudados puestos en libertad en la cavidad bucal, principios tóxicos de origen microbiano y productos del desdoblamiento de tejidos patológicos, originando toxemias y localizaciones secundarias.

Savatier presenta en Lyon una tesis que versa sobre septicemias de origen buco-dentario. Teller, habla de las septicemias de origen bucal. Billings se ocupa ampliamente de las infecciones focales. Hunter llama la atención sobre una forma de gastritis séptica consecutiva a la deglución de pus, procedente de lesiones de piorrea alveolar. Las gastritis sépticas, dice Lebidisky, en la mayoría de los casos, están ligadas a fenómenos de piofagia. Rosenow estudia las enfermedades generales producidas por septicemias, que toman origen en la infección bucal.

Entre los investigadores modernos debemos citar a Peyre, Price, Rosenow, Rousseau-Decelle, quienes tratan de estas importantes cues-

"COLENOL"
Unico tratamiento por irrigación de las
INFECCIONES INTESTINALES
Solicite literatura a los representantes
E. PANDO Y CIA. S. EN C.
República del Salvador No. 51

tiones, Haden, Prinz y por último, Lacronique y los seoñres Thibault y Raison, se ocupan extensamente de las infecciones focales y dentarias.

Rousell y Cecil, en doscientos casos de reumatismo articular infeccioso crónico, encontraron focos etiológicos en los dientes.

Según el sentir de los hermanos Mayo, lapiofagia determina frecuentemente la úlcera gástrica y duodenal, y estiman que muchas colecistitis crónicas reconocen como origen focos infecciones de la cavidad bucal. La albuminuria, la nefritis y litiasis, de causa desconocida, son ocasionadas por el estreptococo procedente de focos alveolares, según lo muestra el caso de la Clínica Mayo, citados por Crhistophe.

Weissenbach y Rupp, encuentran localizaciones pulmonares de origen bucal.

Thibault y Raison, en importante comunicación dicen lo siguiente: "De todas las afecciones cardio-vasculares, atribuídas a la infección bucodentaria, la endocarditis, crónica maligna es la mejor individualizada por sus características clínicas, anatómicas y bacteriológicas.

Charles May, trata en su obra de oftalmología, de las inflamaciones crónicas del tractus uveal sostenidas por focos sépticos localizados en los alveolos.

Lane refiere haber encontrado 215 casos de infecciones oculares de origen dentario. Algunas conjuntivitis, hemorragias suboconjuntivales, keratoconjuntivitis y neuritis ópticas, han mejorado, y aún curado, por una terapéuica dentaria únicamente.

Nuestra literatura nos ofrece frecuentemente casos de septicemias bucodentarias y de localizaciones secundarias, en las que se atribuye papel principal al estreptococo.

Grande sorpresa ha causado en el mundo médico la memoria de Moezar sobre el resultado de las autopsias hechas en el Instituto de Anatomía Patológica, anexo a la Clínica de Estomatología de la Facultad de Medicina de Budapest, y en el Hospital del Instituto del Seguro Social de Hungría, practicadas en 24 casos del servicio del profesor I. Szabo y que demuestran por una parte, que la muerte fué causada por infección dentaria aguda, y por otra parte, establece las variantes de los efectos de esta causa de muerte, por las repercucions meníngeas, encefálicas, pleurales, pdlmonares, miocárdicas, cardiacas, etc., que vienen a comprobar una vez más la importancia clínica de los mecanismos de correlación patológica, entre gérmenes, toxinas y toxemias.

No podríamos excluir de un capítulo que trata de profilaxia, conceptos tan importanes como los que se ligan a la fisiología de la papila interdentaria, considerada como órgano linfoide de eliminación.

En efecto, los trastornos generales de eliminación, que traen como consecuencia sobrecarga tóxica en el organismo, incompatible con el equilibrio biológico, provocan, por vía de compensación, la hiperfunción eliminatoria a través de los órganos y tejidos que normalmente no desempeñan estas funciones.

Así la papila interdentaria, anatómicamente considerada como órgano linfoide de defensa, se convierte en órgano linfoide de eliminación, reteniendo y luego expulsando productos tóxicos acarreados por el torrente circulatorio.

Absorciones realizadas a través de la pared intestinal, de las mucosas de la vagina y matriz, la sobrecarga tóxica producida por trastornos del filtro renal y por insuficiencias hepáticas, se puede comprobar en la cavidad bucal por el olor de la secreción de la papila interdentaria.

Estas consideraciones suministran ideas importantes respecto a la higiene bucal, en relación con el estado general de enfermos portadores de los trastornos mencionados, porque los productos eliminados por las papilas interdenarias, son deglutidos en su mayor parte.

En el orden de ideas profilácticas, debo llamar la atención de los cirujanos dentistas acerca del empleo del mercurocromo en la cavidad bucal.

El uso del mercurio, de administración imprescindible en los sifilíticos bismuto y arsénico resistentes, debe proscribirse en las demás indicaciones terapéuticas.

La acción directa e indirecta del mercurio sobre el metabolismo del calcio y sobre las estructuras calcáreas, es indiscutible: la policaries servical de las mujeres que reciben lava-

dos vaginales de sales mercuriales, lo policarie de los niños tratados por el calomel, las lesiones dentarias y huesosas de los intoxicados con el mercurio y aún la alteración estructural de los collares de perlas usados, en contacto de la piel, por personas que han recibido tratamientos mercuriales, son la expresión clara del efecto nocivo del mercurio y de la responsabilidad de quienes usan empíricamente las preparaciones mercuriales, aún aquellas que la literatura señala como estabilizadas químicamente, y que no dejan por esto, de producir acción perjudicial.

¿Cómo explicar el uso del mercurocromo por los médicos cirujanos, en infecciones de los maxilares, y cómo justificar la presencia del mismo medicamentos en el botiquín del dentista?

Hagamos campaña contra los impreparados que pretendan curar las alveolitis con la aplicación de mercurocromo e inyecciones de leche.

Invitemos a los nuestros a desterrar de su terapéutica especial los compuestos mercuriales.

En fin, toda perturbación general que de manera directa sea originada por perturbaciones bucales, no podrá ser combatida sin la intervención del Cirujano Dentista.

Si hemos de opinar sin apasionamiento, la terapéutica general y aún la de las especialidades, reclamarán en algunos casos nuestra opinión y nuestros servicios; pero debemos de tomar en considración que el deber del dentista no está precisamente en cooperar, que debe hacerlo, sino en prevenir las lesiones infecciosas del medio bucal, para evitar los trastornos generales de repercusión.

Existen multitud de razones, por las cuales el dentista tiene el deber de conocer bien los fundamentos de la higiene, y además, se encuentra colocado en un puesto social en el que tiene que desempeñar el papel de consejero.

Fuera del médico dedicado a las actividades de la salubridad pública, ninguno desempeña el papel importante del dentista en los intereses hiigénicos de la comunidad.

El odontólogo está llamado a realizar, y de hecho viene realizando, una verdadera orientación técnica y administrativa en asuntos de higiéne municipal, escolar, industrial, etc., en cuyas actividades ha adquirido experiencia y conocimiento de sus deberes y la capacidad para apreciar el valor de la higiene y de las obras sanitarias.

Esta verdad, lejos de envanecernos, nos debe disponer el estudio y perfeccionamiento de nuestros conocimientos científicos y el mejoramiento de nuestras técnicas, para poder desempeñar el papel de higienistas con la misión de aconsejar los medios de conservar la salud y mejorar física, intelectual y moralmente a la sociedad en general, para con quien tenemos deberes de reciprocidad y de ciudadanía.

Hagamos todo esto, sin dejar de meditar seriamente en cada una de las actividades de nuestra profesión, en la que encontramos grandes problemas, que apenas una dedicación esmerada y el deseo de perfeccionarnos, nos permitirá resolver con la menor deficiencia.

Una extracción dentaria, el tratamiento de caries cervicales proximales en relación con la papila interdentaria, canales en los cuales ni se puede extraer la totalidad del contenido, ni llenar la totalidad de la cavidad, la aplicación de prótesis fija o movible en relación con dientes naturalse y partes blandas, con la inevitable acumulación de sales insolubles y materias orgánicas, habitadas por gérmenes de toda clase, y todo esto, en relación con técnicas, materiales, medicamentos, posibilidad de acabado, para que nuestras obras puedan alcanzar en el orden terapéutico **la restitutio ad integrum.**

Hagamos defensa de la higiene, formando con valor y con verdad la trinchera de la acción, que aún quedan hombres de buena voluntad que sabrán oir y cooperar, para que en nuestro México se entienda la necesidad de implantar los sistemas preventivos de la Odontología.

En esta época moderna—

se prefiere la luz eléctrica a las lámparas de petróleo y los automóviles a los coches de caballos de épocas antiguas porque se obtienen mejores y más rápidos resultados.

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar agar con fenolftaleína. Suaviza el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

No. 8197
D.S.P.

En el tratamiento del estreñimiento, la época moderna ha traído un procedimiento moderno: AGAROL, que por ser moderno combina a su eficacia su buen sabor. No tiene gusto aceitoso ni aromáticos artificiales.

Para probar su eficacia se envían muestras gratis a los médicos.

AGAROL

Para el Estreñimiento

Cía. Medicinal "LA CAMPANA" S. A. — Apartado 424—México, D. F.

Operaciones Toracoplásticas

Por el Dr. GEORGE STRAUB

Traducción del Dr. F. Rueda Magro

(Continuación del No. 45 Pag. 1596)

Ad 5. La Nefritis severa: La existencia de albuminuria sugiere cuidado extremo para aconsejar la operación. Mientras que la simple variedad tóxica puede desaparecer después de la toracoplastía, la asociación con cilindruria o la sospecha de enfermedad amiloide evidenciada por la existencia de una gran cantidad proporcional de albúmina en ausencia de elementos celulares, constituye una absoluta contraindicación para la operación aun cuando fuese de naturaleza menor o del tipo de verificación en varios tiempos.

Ad 6.—La tuberculosis de la embarazada debe ser tratada por el neumotórax artificial. En caso de ser impracticable, por adherencias u otras razones, el aborto terapéutico es el método de elección.

Ad 7.—La tuberculosis de ambos riñones hacen que la toracoplastía no sea de aconsejarse, aun cuando fuera dicha tuberculosis de un carácter moderado (Brauer, Bull). Algunos casos con padecimiento renal unilateral, sin embargo, pueden ser tratados por la toracoplstía (Stoecklin) y más tarde por nefrectomía. Pero aun en este último caso, la mayor ponderación será necesaria para estimar la extensión de la operación, para no sobre estimar la capacidad de eliminación. Jessen sostiene que la tuberculosis renal influencia desfavorablemente el éxito de la toracoplastía. La enfermedad o degeneración amiloide y la nefritis orgánica contraindican la operación (Brauer, Stoecklin), mientras que von Muralt es de opinión que la nefrosis amiloidica ligera se beneficia con la toracoplastía.

Ad 8.—Tuberculosis intestinal: La tuberculosis ileo cecal ligera y padecimientos del mismo origen del hueco isquio rectal, pueden permitir la operación. Tuberculosis intestinal de forma extensiva, constituye una contraindicación estricta. Aquí el neumotórax terapéutico junto con la helioterapia, puede a veces dar éxito (Matson). Para el diagnóstico de la enteritis tuberculosa, las pruebas de hemorragia oculta, son de la más alta importancia.

Ad. 9.—Tuberculosis de los huesos y de las articulaciones: Aquí la forma y la extensión de la enfermedad, constituyen la base para decidir. Padecimientos fungosos de grado moderado con tendencia espontánea a la reparación y que no causan síntomas generales pronunciados; pueden recuperarse después de la toracoplastía. Bull es de opinión de que la toracoplastía no debe ser emprendida en ningún caso de lesión tuberculosa ósea o articular. El mal de Pott, contraindica en lo absoluto la operación (Stoecklin.)

Ad. 10.—Tuberculosis grave de la laringe: La ausencia de esputo bacilar y de tos irritativa después de la toracoplastía, tendrán, como regla, una influencia favorable en casos de tuberculosis laríngea ligera o moderada. Pero la tuberculosis grave con destrucción de las cuerdas vocales hasta el punto de abolir su aposición suficiente; y la capacidad para toser con eficiencia, prohiben la toracoplastía, en virtud de la posibilidad del peligro de neumonía por aspiración. Sin em-

bargo, Saugmann sostiene que en tales casos, principalmente en aquellos de tipo agudo progresivo, son muertes seguras, de persistir el estado pulmonar. Por lo tanto, la toracoplastía aun puede estar justificada.

Ad. 11.—Septicemia tuberculosa: Este estado es muy serio, en virtud que se le asocian disminuciones de la resistencia, tanto del aparato circulatorio como del sistema nervioso. Una operación mayor que implica una usura adicional, bajo tales circunstancias es imposible.

Ad. 12.—Descomposición cardíaca: Disminución de la fuerza circulatoria vinculada a descompensación, debe sugerir una gran cautela. Un mayor esfuerzo impuesto al corazón derecho, de por sí ya considerablemente cargado por la tuberculosis pulmonar fibrosa, en virtud de la disminución de la circulación pulmonar, viene a ser lo mismo que invalidar a este órgano al mismo tiempo. Madinier no opera a los enfermos con lesiones valvulares, aunque estén compensadas.

Ad. 13.—Miocarditis avanzada: Cualquier grado de degeneración avanzada del miocardio, constituye una contraindicación absoluta para la toracoplastía. El aparato cardiovascular debe ser sometido a un examen funcional muy cuidadoso, antes de decidirse sobre la conveniencia de la toracoplastía.

Ad. 14 y 15.—Enfisema secundario, bronquitis crónica y asma: La experiencia ha demostrado que en tales casos están disminuídas las reservas y la capacidad de compensación del pulmón en alto grado; y cualquier requerimiento extraordinario solicitado, no puede ser satisfecho en el momento en que el paciente deba ser sometido a la toracoplastía.

Ad. 16.—Tuberculosis neumónica caseosa: Lo mismo puede decirse en este caso. Por lo demás, aquí existe el peligro de una extensión rápida del proceso tuberculoso.

(Continuará).

Más

Brillantes

Más

Rápidas

con

Agfa

PELICULAS PARA RAYOS X

EL

ULTRAGADOL

IRRADIADO
de sabor agradable

REEMPLAZA VENTAJOSAMENTE EL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

LES

Etablissements Chatelain

París - FRANCE

Agentes en México:

A. RUEFF Y CIA.

Lucerna No. 7 MEXICO, D. F.

EFEDRINA "NACAI"

Reg. D. S. P. 960

El medicamento más eficaz para el tratamiento del

ASMA BRONQUIAL

y para todos los casos en que sea necesario elevar la presión sanguínea.

Administracion por vía hipodmica y oral.

IMPORTADORES;

"COMPANIA INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

ISABEL LA CATOLICA 85 MEYICO, D. F.

Eugenio Villain

1a. Motolinía 13

Apartado 1166. México, D. F.

La Mejor Casa para Instrumentos de Cirugía, Muebles para Hospital y Consultorio.

Autoclaves y Esterilizadores Eléctricos.

Un solo Precio: EL MAS BAJO.

Una sola clase: LA MEJOR.

SEÑOR DOCTOR: Si no ha recibido usted mi catálogo No. 15, pídanoslo y a vuelta de correo lo recibirá.

AMPOLLETAS "QUINAPON"

Reg. D. S. P. 1192

PARA EL PALUDISMO, PNEUMONIA, GRIPPE, ETC.

Una combinación perfecta que aumenta por lo menos cuatro veces la acción antitérmica de la Quinina.
No produce zumbidos de oído.
Tonifica el corazón.
Es indoloro.

Cajas de 5 ampolletas de 5 c. c. y cajas de 10 ampolletas de 2 c. c.

IMPORTADORES:

"COMPAÑIA INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

ISABEL LA CATOLICA 85 MEXICO, D. F.

INDICACIONES:

Hinchazón, insuficiencia cardiaca en todas formas, trastornos circulatorios, angina de pecho, hipertonia escencial, Lupus vulgar, Pruritus en general, recaimiento de urticaria por causa desconocida.

De venta en frascos de 100 gramos.

NEURAMAG

Reg. Núm. 5424, D. S. P.

Util como analgésico,
antirreumático,
antitérmico
y sedante de los,
en los dolores de cabeza,
jaqueca,
dolores traumáticos
neuralgías,
dolores menstruales y reumáticos.

FORMULA

Acido acetil salecílico	0.26 Gr.
Fenacetina	0.20 „
Cafeina pura	0.025 „
Fosfato de codeína	0.01 „
Acetil salicilato de Quinina	0.004 „
Almidón de trigo	0.070 „

Auxiliar en el tratamiento de la gripa y afecciones febriles.

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION Y BAJO VIGILANCIA MEDICA.

Fabricado por ALBERT MENDEL, S. A., Berlin, Alemania

Importado por:

Universal Trading Co., S. A.

Ave. Uruguay 130. Edificio Yucatán, despacho 24. MEXICO, D. F.

Vacuna

Preventiva

Curativa

Antituberculosa

Records obtenidos con A-O.

CURADOS Y ALIVIADOS

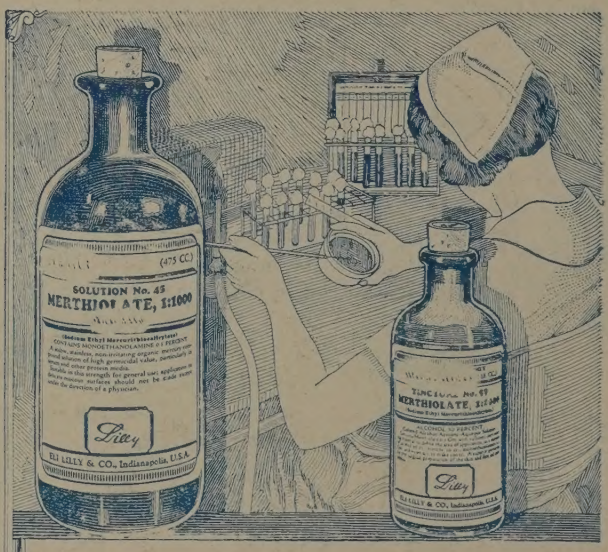
Tuberculosis pulmonar en período inicial	96%	Tuberculosis ocular	99%
Tuberculosis pulmonar de mediana intensidad	83%	Tuberculosis de la piel	100%
Tuberculosis pulmonar en período avanzado	53%	Tuberculosis urogenital	91%
Tuberculosis glandular	92%	Tuberculosis pleural y peritoneal	86%
Tuberculosis osea y articular	82%	Aplicación profiláctica	90%
Fístula y otras	80%		

"Distribuidores: Cía. Internacional de Drogas, S. A. Isabel la Católica 85.—México, D. F.

ELI LILLY AND COMPANY

Fundada en 1876

Fabricantes de Productos Medicinales
para Usarse Única y Exclusivamente
bajo la Dirección Médica



MERTHIOLATE LILLY

(*Mercuritiosalicilato de Sodio Etílico*)

OBSERVACIONES clínicas extensas corroboran las conclusiones de que el Merthiolate es un bactericida superior. Su toxicidad es baja; no es irritante en solución adecuada; es efectivo en, y miscible con, proteínas séricas. Sus formas convenientes de presentación incluyen, además de la solución y la tintura, un ungüento, un ungüento oftálmico y una jalea hidrosoluble.

D. S. P.—1071; 9632; 9580; 9597; 9603.

Oficinas y Laboratorios Principales en Indianapolis, Indiana, E. U. A.